Form A

Attending Physician's Statement

診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)
   患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢（生年月日）＿＿＿＿＿＿ 性別（男・女）＿＿＿＿

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the other side of this form)
   傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号（裏面参照）

3. Date of First Diagnosis： D ／ M ／ Y ＿＿／＿＿／＿＿
   初診日 日 ／ 月 ／ 年 ＿＿／＿＿／＿＿

4. Duration of Treatment： ＿＿＿＿days
   診療日数＿＿＿＿＿＿日

5. Type of Treatment
   治療の分類
   □Hospitalization： From＿＿／＿＿／＿＿, to＿＿／＿＿／＿＿ (days)
   入院 自＿＿／＿＿／＿＿ 至＿＿／＿＿／＿＿ (日間)
   □Out patient or Home Visit：＿＿／＿＿／＿＿ ＿＿／＿＿／＿＿
   入院外 ＿＿／＿＿／＿＿ ＿＿／＿＿／＿＿

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
   症状の概要

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
   処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes□ No□
   治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital and／or Attending Physician：Form B
   治療実費 様式B

10. Name and Address of Attending Physician
    担当医の名前及び住所
    Name名前 ：Last姓＿＿＿＿＿＿＿＿ First名＿＿＿＿＿＿＿＿ Title 称号＿＿＿＿
    Address住所 ：Home自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ phone電話＿＿＿＿
    Office病院又は診療所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ phone電話＿＿＿＿

    Date日付：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿Signature署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
    Attending Physician担当医

    Reference Number of your Medical Record (if applicable)
    診療録の番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Form B

Itemized receipt

領 収 明 細 書

(1)	Fee for initial office visit	初診料	$
(2)	Fee for follow−up office visit	再診料	$
(3)	Fee for home visit	往診料	$
(4)	Fee for hospital visit	入院管理料	$
(5)	Hospitalization	入院費	$
(6)	Consultation	診察費	$
(7)	Operation	手術費	$
(8)	X−ray examination	X線検査費	$
(9)	Medication	医薬費	$
(10)	Anesthetics	麻酔費	$
(11)	Operating room charge	手術室費用	$
(12)	Others(specify)	その他（項目明記）	$ $
(13)	Total	合 計	$

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注 意 ：高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician／Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : Signature

日付 署名

RECEIPT (DENTAL)
領収明細書(歯科)

Request to Attending physician
担当医へお願い

1. **Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.**
   この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. **This form should be completed and signed by the attending physician.**
   この様式は担当医が記入し、署名してください。
3. **One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit)should be filled out.**
   各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。
   Separate receipt required for prescriptions.
   薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent（疾病の名称および部位）

８７６５４３２１	１２３４５６７８
８７６５４３２１	１２３４５６７８

Baby teeth（乳歯）

ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ
ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ

Identify examined teeth :（該当する部位を○で囲み病名をつける）

・**Cavity（C）**（虫歯）　・**missing teeth（F）**（欠歯）　・**stomatitis（G）**（口内炎）
・**Phrrhes alveolaris（P）**（歯槽膿漏）　・**extraction needed（Z）**(要抜歯)

Date of First Diagnosis(初診日) _____	**Currency paid**（支払通貨）
Days of Diagnosis and Treatment(診療を行った実日数) _____**day**(日間)	
Office Visit Fees(診断料) _____	
Examination Fees (検査料) _____	_____
X-Ray Fee(レントゲン) _____	
Other(その他) _____	_____
Services（治療した歯の部位と治療の種類）	
Describe when gold or platinum was used(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)	
・**Filling**（充てん）	
・**Inlaying**（インレー又はアンレー）	
・**Capping（metal）**（金属冠）	
・**Jacket capping**（ジャケット冠）	
・**Capping connected**（歯冠継続歯）	
Chipped Teeth（欠損歯を補綴した場合その部位と種類） ・**Bridge**（ブリッジ）	
・**Partial artificial teeth**（局部義歯）	
・**Total artificial teeth**（総義歯）	
Name of Hospital or Clinic（病院又は診療所名称） _____ **Signature of Doctor**（担当医署名） _____ **Date**（日付） _____	**Total**（計） _____